

Das Problem
der Rehabilitation bei Frauen
mit Unterleibskrebs

MARTIN SCHRODE

Aus der I. Frauenklinik der Universität München

Direktor: Prof Dr. W. BICKENBACH

Das Problem
der Rehabilitation bei Frauen
mit Unterleibskrebs

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilian-Universität zu München



vorgelegt von
Martin Schrode
aus
Vöhringen/Bayern

1958

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Prof. Dr. JULIUS K. RIES
Korreferent: Prof. Dr. WERNER BICKENBACH
Dekan: Prof. Dr. KURT KOLLE

Tag der mündlichen Prüfung:
7. Oktober 1958

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. Einleitung	
Das Problem der Rehabilitation bei Frauen mit Unterleibskrebs	5
II. Allgemeiner Teil	
Entwicklung der Rehabilitation	7
Die sozialen Institutionen in Deutschland und die Ver- wirklichung der Rehabilitation innerhalb dieser	8
Rehabilitation im Ausland	14
III. Spezieller Teil	
Rehabilitation bei der krebserkrankten Frau	17
Bedeutung der krebserkrankten Frau für die Gemeinschaft	21
Der Gebärmutterhalskrebs	24
Rehabilitation in Form der Heilung und der allgemeinen Nachsorge	27
Rehabilitation in Form der Vorsorge und Früherkennung	34
Zusammenfassung	37
IV. Literaturverzeichnis	39
V. Lebenslauf	43

MEINEN LIEBEN ELTERN

I. EINLEITUNG

Das Problem der Rehabilitation bei Frauen mit Unterleibskrebs

Krankheit, Leiden und Gebrechen bedeuten für einen Menschen auf der Höhe seiner Schaffenskraft nicht nur Einbuße seines Wohlbefindens. Es besteht auch die Gefahr, daß er seine Existenzgrundlage verliert und Angehörige mit in Not geraten. Bei jeder behinderten Person wirkt sich die Hemmung der körperlichen Leistungsfähigkeit über kurz oder lang auf psychischem Gebiet aus. Die Gesamtpersönlichkeit kann verändert werden. Der nicht mehr Arbeitsfähige sieht oft die Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft nicht mehr ein, isoliert sich von ihr, wird ev. asozial. In jedem Falle fällt er aber einem Versicherungsinstitut zur Last. So beläuft sich zur Zeit in der Bundesrepublik Deutschland der Jahresaufwand für Invalidenrenten und Ruhegelder auf annähernd DM 700 Millionen (2). Durch sachgemäße Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit könnte die Zahl derer, die im Vollerleistungsalter Renten erhalten, sicher um 10 % verringert werden. DM 70 Millionen würden im Sozialaufwand frei!

1950 standen im Vollerleistungsalter 26,4 Millionen (11 910 000 Männer und 14 500 000 Frauen) (2). Wie stark dieses Arbeitspotential ständig durch völlige Arbeitsunfähigkeit abgeschwächt wird, ist schwer festzustellen. Bei den in abhängiger Stellung Tätigen wird man immer mit einem Bestand von $\frac{1}{2}$ Million invalider Männer und Frauen rechnen müssen (2). Die Wirtschaftsbilanz eines Landes ist aber umso günstiger, je mehr gesunde, arbeitsfähige und arbeitswillige Staatsbürger vorhanden sind. So muß die Allgemeinheit, der Staat, großes Interesse am Arbeitsschutz haben; die Sozialpolitik muß ihr Augenmerk auf die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit richten. Der volkswirtschaftliche Aspekt dürfte die Berufsgenossenschaften, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände und die einzelnen Betriebe von vorneherein schon zu der Überzeugung gebracht haben, daß ein gesunder Stamm von Angestellten die Wirtschaftlichkeit der Betriebe erhöht. Der Arbeitgeber ist auf eine Arbeiterschaft bedacht, die nicht durch Krankmeldung de-

ziniert wird, wodurch sein Risiko verringert wird. Er hat außerdem die ethische Verpflichtung der Sorge um das Wohl seiner Mitarbeiter.

Vorliegende Arbeit soll der Erörterung der Möglichkeiten zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Frauen, die wegen einer Krebserkrankung behandelt wurden, dienen.

II. ALLGEMEINER TEIL

Entwicklung der Rehabilitation

Seit einigen Jahrzehnten sind in immer stärkerem Maße Bestrebungen im Gange, leistungsgeminderte und leistungsunfähige Personen in den Arbeitsprozeß einzugliedern. Die Zusammenfassung der Maßnahmen die diesem Zweck dienen, wurde als Rehabilitation bezeichnet. Eine genaue Definition für diesen Begriff zu finden, ist schwer, denn mit Rehabilitation wird so Vieles bezeichnet und Vieles darunter verstanden. Er hat in der schnellen Entwicklung seine Präzision verloren. Anstatt bessere Worte zu prägen, nahmen einige neu organisierte Disziplinen diese Bezeichnung an.

Im allgemeinen hat Rehabilitation den Sinn von Wiederherstellung der Ehre oder des guten Aussehens. Im Recht versteht man ja darunter auch die Wiedereinsetzung in die durch strafgerichtliche Verurteilung verlorenen Rechte, was durch Begnadigung erfolgt.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, besonders aber nach dem 1. Weltkrieg, wurde der Begriff der Rehabilitation gebraucht, wie ihn schon Franz Josef, Ritter von Buß (gest. 1878), der große Pionier der deutschen Sozialpolitik, verstand. Buß bezeichnete damit die Wiederherstellung der durch Krankheit oder Unglücksfall verlorenen Arbeits- oder Leistungsfähigkeit.

In Belgien gründete Pastur 1907 eine Schule mit dem Zweck, Körperbehinderte anzulernen und zu üben, ihre einzelnen noch vorhandenen Fähigkeiten zu vervollkommen. Die westeuropäischen Länder nahmen diese Idee auf und verbesserten die Methoden. Auf deutschsprachigem Gebiet betrieb als erster Böhler, Wien, nach dem 1. Weltkrieg vorbildliche Rehabilitation. In den U.S.A. wurde der Begriff stark verwässert und ausgedehnt, um alle möglichen Arten der Wiederherstellung zu erfassen.

Der neueste Begriff der Rehabilitation bedeutet eine Erweiterung des alten Begriffes in sachlicher und ideeller Hinsicht. Sachlich soll Rehabilitation angestrebt werden bei allen Arten von Eingliederungsschwierigkeiten, also bei Körper- und Sinnesbehinderten. Aber nicht nur auf Maßnahmen zur Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit beschränkt sich die Rehabilitation, sie ist auch bestrebt, die Erhaltung der Arbeitskraft sicherzustellen. Die Praeventivmedizin befaßt sich damit, mit vorbeugenden Mitteln eine Krankheit zu verhindern. Vorsorge wird von

allen sozialen Institutionen betrieben; diese Art der Rehabilitation ist die aussichtsreichste, auf lange Sicht gesehen die finanziell günstigste und vor allem die humanste.

In ideeller Hinsicht soll die Rehabilitation eine Entfaltung der gesamten Persönlichkeit des Verhehrten herbeiführen: also den Behinderten nicht nur in die Gemeinschaft der Gesunden eingliedern, sondern ihm auch seinen Beruf und ihm dadurch das persönliche Glück und daß seiner Angehörigen verschaffen. Welche Auslegung nun auch die Rehabilitation erlangen wird, sie wird eine Art der Behandlung sein, welche medizinische, psychologische, erzieherische und soziale Methoden kombiniert. Sie soll den Behinderten einerseits soweit bringen, daß er einen höchstmöglichen Grad an Eingliederungsfähigkeit in das Erwerbsleben erreicht, andererseits ihm ein Maximum an Unabhängigkeit, die mit seiner Beschränkung zu vereinbaren ist, geben.

Die sozialen Institutionen in Deutschland und die Verwirklichung der Rehabilitation innerhalb dieser

Obwohl im deutschen Sprachgebrauch die Bezeichnung Rehabilitation noch recht unbekannt und wenig gebräuchlich ist, spiegelt dies nicht ganz die Situation in Deutschland wieder. Bis jetzt ist eine tatsächliche Hilfe für einen Behinderten im Sinne der strengen Rehabilitation innerhalb der Sozialversicherung schon in vielen Fällen geleistet worden.

Die deutsche Sozialgesetzgebung, die für die Entwicklung der Sozialgesetzgebung des Auslandes in vieler Beziehung zum Vorbild wurde, wurde durch die „Kaiserliche Botschaft“ (Wilhelm I.) vom 17. November 1881 eingeleitet. Ihr folgten die Gesetze über Krankenversicherung (1883), Unfallversicherung (1884), und Invaliditäts- und Altersversicherung (1889). Diese 3 Gesetze faßte 1911 die Reichsversicherungsordnung zusammen, die mit der Zeit manche Änderung und Ergänzung erfuhr. 1913 trat das Angestelltenversicherungsgesetz in Kraft, seit 1923 sind die Bergleute in der Knappschaftsversicherung zusammengefaßt. Die Arbeitslosenversicherung besteht seit 1927. Träger und Leistungen dieser Versicherungszweige sind aus folgender Zusammenfassung ersichtlich:

Versicherungs- zweig	Versicherungsträger	Leistungen
1. Krankenversicherung	Allg. Orts-, Ers., Betriebs- und Innungs- krankenkassen	Kranken- und Wochenhilfe, Sterbegeld, Familienhilfe und Familienwochenhilfe

2. Invaliden- versicherung	Landesversicherungs- anstalt	Invalidenrente, Hinterbl.-Rente Kranken-(Ruhe)geld, Heilverf.
3. Unfallver- sicherung	Berufsgenossen- schaften	Krankenbeh., Berufsfürsorge, Unfall- und Hinterbl.-Rente, Sterbeg.
4. Angestellten- versicherung	Landesversicherungs- anstalt	Ruhegeld, Krankengeld, Hin- terbl.-Rente, Heilverfahren
5. Knappsch.- versicherung	Bezirksknappschaften	zu a) Krankenhilfe, Wochen- hilfe, Sterbegeld, Familienhilfe
a) Krankenv.		Familienwochenhilfe
b) Rentenv.		zu b) Knappschaftsrente, Voll- rente u. -sold, Hinterbl.-Rente Bergmannstreuergeld, Beitrags- erstattung, Heilverfahren
6. Arbeits- losenver- sicherung	Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung u. Arbeitslosenvers.	Arbeitslosenunterstützung

Daneben ist 1924 die Fürsorgepflichtverordnung geschaffen worden. Diese überträgt den Landes- und Bezirksfürsorgeverbänden die Pflicht, für die Hilfsbedürftigen zu sorgen, d. h. für solche, die den notwendigsten Lebensbedarf für sich oder ihre Angehörigen nicht aus eigenen Kräften beschaffen können und ihn auch nicht von anderer Seite erhalten. Die deutsche Fürsorge ist nach dem Subsidiaritätsprinzip aufgebaut. Ihre Aufgaben werden nicht allein von den öffentlichen Trägern geleistet. In ständiger Kleinarbeit wird ein enges Zusammenwirken mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Caritasverband, DRK, Innere Mission u. a.) gepflegt.

Der erste Teil des Weges eines Kranken ist von der Hilfeleistung der Krankenkasse begleitet. Der Kranke scheidet aus dem Arbeitsprozeß als arbeitsunfähig aus. Das Arbeitsgeld läuft weiter oder wird durch Krankengeld ersetzt. Die ärztliche Hilfe sucht das Leiden zu beheben oder zumindest soweit einzudämmen, daß die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt wird. Bei längerer als 26 Wochen andauernder Krankheit wird der Versicherte ausgesteuert, d. h. die Krankenkasse kommt für die Kosten nicht mehr auf. Der Kranke kann die Invalidenversicherung in Anspruch nehmen. Sie gewährt, wenn die Voraussetzungen einer Invalidisierung gegeben sind, eine Rente. Der Rentenempfänger versucht im allgemeinen die ihm verbliebene Arbeitskraft zu nutzen, was zwar nicht zum Lebensunterhalt allein ausreichen würde, aber doch einen wertvollen Nebenverdienst bedeutet. Es werden 2 Arten

von Invalidenrente unterschieden: Berufsunfähigkeitsrente und Erwerbsunfähigkeitsrente. Die Berufsunfähigkeitsrente beträgt zwei Drittel der Erwerbsunfähigkeitsrente. Nur die letzte wird voll gewährt, eben weil der Rentner als erwerbsunfähig anerkannt wird, d.h. überhaupt keine Verdienstmöglichkeit mehr hat. Es kommt wesentlich auf die Entscheidung des Gutachters an, wo die Berufsunfähigkeit endet und die Erwerbsunfähigkeit beginnt.

Bedeutungsvoller sind die „Renten auf Zeit“, die längstens für 2 Jahre dann gewährt werden, wenn begründete Aussicht besteht, daß die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit wieder behoben sein wird. Sinn dieser Rente ist, einem Menschen mit geschädigter Arbeitskraft zu einer wirtschaftlichen Verwendung und damit zu einer Wiedereingliederung in das Wirtschaftsleben zu verhelfen. Zu diesem Zweck werden seit 1926 von den Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften und Bezirksknappschaften Heilverfahren durchgeführt. Besonders auf dem Gebiet der Tuberkulosenbekämpfung werden maximale Anstrengungen gemacht. Die Rentenzugänge (18) der Tuberkulose bewegen sich bei den Männern um 11 %, bei den Frauen um 3,7 %. Die Heilverfahren betragen dagegen 49,8 % aller durchgeführten Heilverfahren. Bei Frauenkrankheiten ist prozentuale Gleichheit der Rentenzugänge und der Heilverfahren festzustellen. Bezüglich Krebs wird von den Versicherungsträgern die Meinung vertreten, daß Maßnahmen zur Früherfassung und Bekämpfung verbessert und ausgebaut werden müßten. Umfang und Kosten der Tuberkulosenheilbehandlung bei der Invalidenversicherung sahen 1933 in Deutschland folgendermaßen aus (zum Vergleich seien die entsprechenden Zahlen bei der Bekämpfung aller anderer Krankheiten einschließlich Krebs genannt) (29):

Behandelte Personen:	Männl.	Weibl.	gesamt
Lungen- u. Kehlkopftuberkulose	13 291	8 501	21 792
andere Krankheiten	19 411	12 219	31 630
Kosten in 1000 RM:			
Lungen- u. Kehlkopftuberkulose	10 088	6 320	16 408
andere Krankheiten	6 258	3 430	9 688

Das Hauptgewicht liegt also bei der Tuberkuloseheilbehandlung. Sie erfordert wesentlich mehr Aufwendungen, besonders was den einzelnen Kranken betrifft.

1946 entstand aus einem ehemaligen Luftwaffenlazarett in Gauting bei München ein staatliches TBC-Sanatorium. Es kann Vorbild sein für einen Teil der zu fordernden Rehabilitationsmaßnahmen bei allen Erkrankungen. Die dortigen Lehrwerkstätten sind in Deutschland die einzige Einrichtung dieser Art. Es

wird dort Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie und Umschulung betrieben.

Beschäftigungstherapie: Einem Kranken, der nach seiner Arbeitsunfähigkeit wieder in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden soll, fällt es schwer, einer Arbeit nachzugehen. Er lebt in der Angst, wieder in die Krankheit zurückzufallen. Er fühlt sich vor allem im Konkurrenzkampf unterlegen. Manche haben auch gar nicht den Ehrgeiz zu arbeiten, da ihnen die Unterstützung durch die Fürsorge genügt. Dem wird durch eine leichte Beschäftigung während der Genesung vorgebeugt. Dem Patienten soll bei dieser Behandlung über den Schock hinweggeholfen werden.

Arbeitstherapie: Dem Genesenden wird eine gewisse Belastung auferlegt. Schon beim Bettlägerigen wird über die Beschäftigungstherapie mit einer kleinen Belastung, z.B. Handarbeit begonnen. Dann wird eine tägliche Arbeit von 2 Stunden gefordert, die sich allmählich auf 8 Stunden steigert. Auch bezüglich der Schwere wird immer mehr verlangt.

Umschulung: Ab einem gewissen Alter ist Umschulung nutzlos, da ältere Leute sowieso bald Altersrente in Anspruch nehmen. Es wird nur auf solche Berufe umgeschult, wo Aussicht auf gesichertes Unterkommen besteht, z.B. auf Schreiner oder technische Zeichner. In erster Linie ist der Gesundheitszustand ausschlaggebend. Schwere Arbeit, wie landwirtschaftliche, kann von Tuberkulosekranken nicht geleistet werden, dagegen Industriearbeit, bei der technische Hilfen zur Verfügung stehen, in hohem Maße. Die Auslese, wobei auch die Intelligenz eine Rolle spielt, geschieht noch während der ersten Zeit der Lehre von seiten bewährter Meister. Psychologische Testung wird nicht durchgeführt. Eine 2-jährige Lehrzeit in den seit 1951 bestehenden Lehrwerkstätten ist nicht immer ausreichend, da die Ausbildung vorzüglich sein muß und die Belastung oft sehr langsam vor sich geht. Der Abschluß ist die Gesellenprüfung. Im August 1956 wurden 32 Umschüler freigesprochen. Bisher wurden in Gauting 141 Handwerksgehlen ausgebildet. Die Kosten betrugen rund DM 650 000; ein Lebensunterhalt hätte dem Staat etwa das Zehnfache gekostet. Die Umgeschulten erfahren eine bevorzugte Arbeitsvermittlung vom Sanatorium in Verbindung mit dem zuständigen Arbeitsamt. Sie bleiben weiterhin unter ärztlicher Kontrolle des Sanatoriums oder des Gesundheitsamtes.

Umschulung ist auch Angelegenheit der Arbeitslosenversicherung. Diese ist gesetzlich verankert im Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung. Abschnitt IV des AVAVG betrifft

Maßnahmen zur Verhütung und Beendigung der Arbeitslosigkeit, auch wenn die Arbeitslosigkeit durch körperliche Gebrechen verursacht wird. Danach ist „die Arbeitsverwaltung berechtigt, aus den Mitteln der Arbeitslosenversicherung berufliche Fortbildungs- und Umschulungseinrichtungen zu erstellen oder Schulgeld zu übernehmen, wenn dadurch Empfänger von Arbeitslosenunterstützungen der Arbeitslosigkeit entzogen werden können.“ Die Schulungen nehmen 8—13 Wochen in Anspruch, sind jedoch bis 26 Wochen möglich.

Bislang hatte man einigermaßen befriedigende Lösungen, die Arbeitskraft eines behinderten Menschen auf einen adäquaten Stand zu bringen, nur für bestimmte Personengruppen gefunden. § 585 der RVO besagt, daß die Krankenbehandlung und die Berufsfürsorge die durch Unfall hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung und Erwerbsunfähigkeit beseitigen und eine Verschlimmerung verhüten sollen. Sie sollen den Verletzten zur Wiederaufnahme seines früheren Berufes oder zur Aufnahme eines neuen Berufes befähigen und ihm zur Erlangung einer Arbeitsstelle verhelfen. Seit dem 1. Januar 1957 ist nun das Gesetz zur Neuregelung des Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (Rentenversicherungsgesetz) in Kraft. Danach hat die Rentenversicherung jetzt die Aufgabe, die Erwerbsfähigkeit (nicht Gesundheit) aller Versicherten zu erhalten, zu bessern und wiederherzustellen. Folgendes ist bezüglich Rehabilitation gesetzlich festgelegt:

Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten infolge Krankheit oder anderer Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert und kann sie voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden, so kann der Träger der Rentenversicherung Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchführen. Die Durchführung ist im Einzelfall davon abhängig, ob sie erfolgversprechend, erforderlich und für den Versicherungsträger möglich ist. Erfolgversprechend: wenn nach Art des Leidens, den persönlichen Verhältnissen des Versicherten und seiner Bereitschaft zur Mitwirkung wahrscheinlich ist, daß die Maßnahmen zur Rehabilitation führen. Erforderlich: wenn bei Hilfen anderer Art oder geringerem Umfang gleicher Erfolg nicht erwartet werden kann. Möglich: wenn erforderliche Einrichtungen (z.B. Heilstätten, Rehabilitationszentren, Umschulungswerkstätten) vorhanden sind. Die Maßnahmen erstrecken sich auf Heilbehandlungen und Berufsförderung. Die Heilbehandlung umfaßt alle erforderlichen Maßnahmen, insbesondere ambulante Behandlung und stationäre Behandlung in Spezialanstalten, in Kur-

und Badeorten und in sonstigen geeigneten Einrichtungen. Bisher gab es nur die Möglichkeit des Heilverfahrens. Jetzt ist die Regelung so, daß die Maßnahmen regelmäßig mit der Behandlung durch den Arzt beginnen und dann, soweit erforderlich, Krankenhaus, Spezialanstalten und sonstige Einrichtungen, in denen noch eine medizinische Behandlung stattfindet, angeschlossen werden können. Die Berufsförderung umfaßt a) Maßnahmen zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit im bisherigen Beruf, b) Ausbildung für einen anderen Beruf, c) Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle und d) nachgehende Maßnahmen. Berufsförderung wird unter der Voraussetzung der Mitarbeit und Eignung des Betreuten bis zur Erreichung des angestrebten Zieles, in der Regel 1 Jahr, im geeigneten Fall bis zu 2 Jahren gewährt. Dafür ist die zuständige Stelle der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung im Rahmen der für sie geltenden Vorschriften verantwortlich. Für die Zeit der Rehabilitation hat der Träger der Rentenversicherung Übergangsgeld in Höhe von mindestens 50 % und höchstens 80 % des letzten Arbeitseinkommens zu gewähren. Der Erfolg ist sicherer, wenn der Betreute während der Dauer der Maßnahmen von wirtschaftlichen Sorgen verschont bleibt. Das Übergangsgeld darf nicht den Charakter einer Rente haben, damit sich der Betreute nicht von vornherein auf Rentenbezug einstellt.

Die Grundtendenz des neuen Gesetzes ist: Rehabilitation hat Vorrang vor der Gewährung von Renten. Sinn der Rehabilitation darf in erster Linie nicht Renteneinsparende Zweckbestimmung sein. Die Rehabilitation als staatlich geförderte Erziehungshilfe würde dadurch zu einem Machtinstrument des Staates; sie ist jedoch vor allem ein menschliches Bedürfnis und muß auf die Motive des Einzelindividuums ausgerichtet sein. Das Gesetz legt die Gesundheitsbetreuung der sozialversicherten Bevölkerung monopolartig in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherungsträger. Das wäre nicht nötig und kann einer echten Rehabilitation nicht dienlich sein. Es müßten vielmehr alle an dieser Sache zu beteiligenden Institutionen und Personen eine straffe Koordination erfahren. Nur wenn diese ihre ihnen übertragenen Aufgaben konsequent durchführen und eine neue Form der Zusammenarbeit finden, ist eine echte Rehabilitation wirkungsvoll. Im übrigen wurde der notwendige gesetzliche Ausbau im neuen Gesetz noch nicht vorgenommen. Man wollte hier nicht Gesundheitspolitik betreiben und einer Reform der Krankenversorgung vorbauen. Diese Aufgabe bleibt für später vorgesehen. Der Deutsche Ärztetag kritisierte schon 1956 den Gesetzentwurf. Er fürchtet, daß die notwendige, präventive Medizin und Rehabilitation nur unter dem Gesichtspunkt der Renteneinsparung organisiert

wird. Dabei könnten Ambulanz- und Behandlungsstätten entstehen, die das Recht der Patienten auf freie Arztwahl untergraben. Die Ärzteschaft forderte den Ausbau der vorbeugenden und nachgehenden Gesundheitspflege und Beibehaltung der gegliederten Sozialversicherung anstelle einer Einheitsversicherung.

Rehabilitation im Ansland

In verschiedenen Ländern werden Maßnahmen im Sinne einer echten Rehabilitation recht gut durchgeführt. So besteht in den U.S.A. schon seit 1920 ein Rehabilitationsgesetz, nach dem die Einzelstaaten verpflichtet sind, für Zivilbehinderte zu sorgen. Der Bund, bzw. das Bundesamt für berufliche Rehabilitation koordiniert die Programme und Methoden und gewährt Zuschüsse (5).

In England ist seit 1944 das British Council for Rehabilitation zentrale Instanz für sämtliche in der Rehabilitation mitwirkenden Kreise und Personen. Es fördert die wissenschaftliche Tätigkeit, regt Krankenhäuser und Behörden an, Ausbildungsstätten und Forschungsinstitute zu errichten, sucht Wissenschaft, Handel, Industrie- und Berufsverbände für eine aktive Mitarbeit zu gewinnen und unterstützt die nachgehende Fürsorge. Langfristig Behinderten wird Hilfe gewährt, es werden Umschulungen veranlaßt und berufliche Fernkurse durchgeführt (5). — Eine vorbildliche Einrichtung sind die *Remploy-Betriebe*. Dort werden Behinderte, die nicht vermittlungsfähig sind, unter geschützten Bedingungen produktiv beschäftigt. Gegenwärtig bestehen 90 solcher Betriebe, in denen 6200 Behinderte tätig sind (5).

In Frankreich übt die Sozialassistentin eine sehr wirkungsvolle Tätigkeit aus. Um den Wiederanpassungsmaßnahmen eine größere Wirksamkeit zu verleihen, arbeitet sie mit dem Arzt, Berufsausbilder und den medizinischen Hilfskräften eng zusammen, ja sie spielt in diesem Team die größte Rolle. Schon während der Behandlung tritt sie in Erscheinung. Sie muß die Aufmerksamkeit des Kranken auf die Möglichkeit einer Umschulung und Wiedereinstufung lenken. Sie leistet frühzeitig eine anregende oder beruhigende Vorarbeit, um den Willen zu einer Rückkehr in das aktive Leben wach zu erhalten. Es obliegt der Sozialassistentin, die materiellen und psychologischen Voraussetzungen zu schaffen, die die zu treffenden Umschulungsmaßnahmen begünstigen. Schon vor der Rückkehr des Umgeschulten oder neu Ausgebildeten in die Arbeit muß die Person, die den Patienten betreut, mit den einzelnen Berufszweigen vertraut sein, um die Unterbringung durchführen zu können. — Außerdem sind in Frankreich die Familienunterstützungskassen von Be-

deutung. Diese stellen den Familienmüttern, die aus irgendwelchen Gründen an der Verrichtung ihrer Hausarbeit verhindert sind, sog. Familienarbeiterinnen zur Verfügung (14, 15).

In der Schweiz wurde 1951 die „Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft“ gegründet. Sie koordiniert die Arbeit der einzelnen Organisationen. Einzelne Arbeitsgruppen veranlassen und führen praktische Maßnahmen durch: Berufsberatung, Eingliederungskurse, Arbeitstherapie, Arbeitsbeschaffung u.a. (5). — Auch die nordischen Staaten sind bemüht, die Zielsetzungen der Rehabilitation zu verwirklichen. In Finnland bestehen in den großen Städten 12 besondere Arbeitsvermittlungsbüros, die unabhängig von der allgemeinen Arbeitsvermittlung wirken. Die Eingliederungsbestrebungen werden in Schweden höchst wirksam durch die Tätigkeit zweier staatlicher Arbeitskliniken in Stockholm und Göteborg unterstützt. In Oslo wurde das 1946 für Kriegsinvalide eröffnete staatliche Rehabilitationszentrum auch für Zivilgeschädigte zugänglich gemacht. Diese große Umschulungszentrale verfügt über 150 Betten und betreibt eine ausgedehnte Ambulanz (5).

Auch internationale Gremien haben sich den Fragen der Rehabilitation zugewandt. Die Ergebnisse der „Internationalen Studientagung über Rehabilitation von Körperbehinderten“ in Österreich im Oktober 1955 (21) und der „Internationalen Konferenz für Sozialarbeit“ in München vom 5.—10. August 1956 (35) seien kurz zusammengefaßt: die Rehabilitation umfaßt ärztlich-medizinische, berufsfördernde und sozial-fürsorgerische Maßnahmen, die sich gegenseitig ergänzen müssen, um einen kontinuierlichen und in sich zusammenhängenden Behandlungsplan zu gewährleisten. Die Rehabilitation soll bereits am Krankenbett beginnen. Darum sollten die Krankenhäuser über entsprechende stationäre Einrichtungen verfügen. Im einzelnen wären vorzusehen: a) Nachbehandlungsabteilungen mit Möglichkeiten zur Krankengymnastik, physikalischer Therapie, Beschäftigungstherapie und fürsorgerischer Betreuung. b) Allgemeine Rehabilitationszentren, die in enger Verbindung mit einem geeigneten Krankenhaus bestehen könnten. Diese Zentren müßten über Werkstätten zur Belastung und Erprobung der durchschnittlichen Berufsarbeit verfügen. c) Spezielle Rehabilitationszentren. Die berufliche Rehabilitation wird eingeleitet durch eine möglichst frühe Berufs- und Arbeitsberatung. Diese stützt sich auf das Begabungs- und Leistungsbild des Behinderten, der früher erhaltenen Ausbildung und seine soziale Lage. Für die Arbeitsvermittlung sollen Fachvermittler bei den Arbeitsämtern zur Verfügung stehen. Der Behinderte soll grundsätzlich unter den glei-

chen Arbeitsbedingungen wie der nicht Behinderte beschäftigt werden.

Notwendig und Voraussetzung erfolgreicher Rehabilitation ist die Zusammenarbeit und Koordination aller beteiligten Personen und Organe. Entsprechend der jeweiligen Aufgabe soll sich ein Team bilden, das Ärzte, Heilgymnasten, Beschäftigungstherapeuten, Fürsorger, Berufsberater, Psychologen u. a. und den Behinderten vereinigt. Der Behinderte selbst darf sich nicht als Objekt, sondern als aktiver, für den Erfolg der Rehabilitation Mitverantwortlicher fühlen. Das Team muß in ständiger Verbindung mit den maßgebenden Stellen der Behörden, Wirtschaft und Arbeitgeber, sowie mit den Angehörigen des Behinderten stehen. — In jedem Land muß, seinen besonderen Gegebenheiten entsprechend, ein Gesetz entwickelt werden. Die Gesetzgebung sollte die Initiative privater Organisationen fördern. Ganz besonders wurde aber festgestellt, daß neue Maßnahmen für die Wiedereingliederung invalider Hausfrauen, die ihren täglichen Aufgaben nicht mehr nachgehen können, getroffen werden müßten. Diese Kranken sollen wieder ihren normalen Platz innerhalb der Familie einnehmen, um auf diese Weise andere Familienmitglieder, die einem Erwerb nachgehen, freustellen zu können.

III. SPEZIELLER TEIL

Rehabilitation bei der krebskranken Frau

Der Gebärmutterhalskrebs — eine Erkrankung, die eine verhältnismäßig günstige Prognose unter den Krebserkrankungen zu verzeichnen hat — bringt doch viele Frauen in eine Lage, in der Rehabilitationsmaßnahmen für das persönliche und allgemeine Wohl zum Vorteil gereichen können. Die Voraussetzung zum Erfolg ist die aktive Mitarbeit der Geschädigten. Die Betriebswissenschaft hat festgestellt, daß die Leistung eines normal arbeitsfähigen Menschen zu 70 % Auswirkung seines Charakters ist, nur 30 % Leistung seiner physischen Kräfte. Beim Kranken dürfte die Rolle des Charakters 90 % betragen. Die freiwillige Mitarbeit, die eigene Initiative ist der stärkste Hebel des Erfolges und muß begünstigt werden. Vom Behinderten selbst müssen Vorschläge und Anregungen ausgehen. Wo dem Menschen die Bereitschaft, der Wille und die biologischen Reserven fehlen, wird man ihn nicht wieder leistungsfähig und lebensfähig machen können. So nimmt daher in der Rehabilitation die Funktion des Beraters die Zentralposition ein. Er muß ununterbrochen bemüht sein, der Frau ihre Ziele klarzumachen, sie ermutigen, diese zu erreichen und sie beraten, das Erreichte auszunützen. Die Stellung der Krankenhausfürsorgerin und Werkfürsorgerin, wie wir sie in Deutschland haben, muß nach Art der Sozialassistentin in Frankreich erweitert und ausgebaut werden. Die Krankenhausfürsorgerin bespricht mit der Patientin, den Ärzten und Sozialbeamten den Rehabilitationsplan und vermittelt wirtschaftliche Hilfe. Da jede Kranke als Einzelfall gesehen werden muß, ist es für den Arzt und alle mitbeteiligten Personen schwierig, immer die richtige Einstellung zu ihr zu haben. Bei der Betreuung darf es kein Schema geben. Der Fürsorgerin, die eine besondere Ausbildung erhalten muß, obliegt es, einen etwa mangelnden Kontakt zwischen Patientin und Arzt herzustellen. Sie muß daneben auch auf eine Kontrolle der Durchführung ärztlicher Vorschriften bedacht sein.

Die Werkfürsorgerin muß zur „Werkfürsorgerin und Arbeitsberaterin“ werden. Die „Arbeitsberaterin“ ist der sachkundige Berater der Unternehmungsleitung in allen sozialen Fragen. Ihre Mitwirkung ist bei allen werkfürsorgerischen Maßnahmen notwen-

dig (Innendienst). Die „Werkfürsorgerin“ arbeitet an der Verwirklichung dieser Fragen (Außendienst). Die Arbeitsberaterin muß über das Wohlbefinden der Arbeiter wachen und ihnen die Anpassung an ihre Arbeit erleichtern. Zu diesem Zweck arbeitet sie eng mit dem werkärztlichen Dienst zusammen. Zu jeder Einstellung, Entlassung, jedem Arbeitsplatzwechsel, zur Überwachung aller Arbeiten, besonders der gesundheitsschädlichen, und zu allen arbeitshygienischen Maßnahmen muß sie herangezogen werden.

Unter den Frauen, die an Gebärmutterhalskrebs erkrankt sind, werden nicht allzu viele sein, für die eine Umschulung in Frage kommt. Für den Kreis der dafür geeigneten Frauen müssen eigene Umschulungseinrichtungen nicht geschaffen werden. In allgemeinen Umschulungsstätten könnten diese Frauen untergebracht werden. Die Umschulung und heilpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung der arbeitsentwöhnten Frau könnte ähnlich wie bei Tuberkulosekranken (s. S. 10 f) durchgeführt werden. Zur Feststellung, ob eine Umschulung erfolversprechend ist, wurden Frauen, die an Gebärmutterhalskrebs erkrankt sind, 575 Fragebögen verschickt und zwar an Frauen aller Altersklassen und aller vier Gruppen (siehe Fußnote), die in den Jahren 1945—1949 im Strahleninstitut der I. Universitäts-Frauenklinik München in Behandlung waren. 360 von den zurückerhaltenen Fragebögen, die auch noch Fragen zur Klärung anderer Dinge enthielten, konnten ausgewertet werden. Das von Fall zu Fall angegebene Alter ist das Alter zur Zeit der Behandlung. — Wirklichen Berufswechsel nahmen nur 12 der 135 berufstätigen Frauen vor, 4 Frauen übernahmen in ihrem Beruf eine leichtere Tätigkeit. Diese 16 Frauen hatten fast ausnahmslos Berufe, bezw. Tätigkeiten, welche für weibliche Arbeiter nicht geeignet sind oder eine Genitalerkrankung verschlimmern können. Ihren zweiten Beruf können 12 Frauen voll und ganz ausfüllen, 4 sind dabei geringfügig behindert. 75

Die Gebärmutterkarzinome werden in 4 Gruppen eingeteilt:

- Gruppe I: Das Karzinom ist ausschließlich auf die Gebärmutter beschränkt.
- Gruppe II: Das Karzinom zeigt eine mehr oder weniger weitgehende Ausbreitung a) im uterinen Anteil der Parametrien; b) im Bereich des Scheidengewölbes.
- Gruppe III: Das Karzinom ist auf ausgedehnte Partien a) der Parametrien, b) der Scheidenwand übergegangen.
- Gruppe IV: a) Die Parametrien sind bis zur Beckenwand infiltriert.
b) Es besteht Infiltration der ganzen Scheide.
c) Das Karzinom hat auf Blase oder Rectum übergegriffen.

Frauen mußten ihren Beruf aufgeben und sind jetzt nur noch als Hausfrauen tätig. Davon können 32 alle anfallenden Hausarbeiten ohne Inanspruchnahme fremder Hilfe verrichten. 43 müssen Hilfe (Zugehfrau, Ehemann u.s.w.) in Anspruch nehmen. Ein vollkommener Mißerfolg ist also nicht zu verzeichnen. Einige Punkte sind aber bei Umschulungsmaßnahmen in Zukunft unbedingt zu beachten und auszuwerten. Bei einer in Frage kommenden Umschulung müssen typisch weibliche Berufe ausgewählt werden. Die Möglichkeiten der Frauenarbeit sind heute fast unbegrenzt. Die geistige Voraussetzung ist bei den Frauen, wie bei den Männern gegeben. Sogar Berufe, die früher als zu anstrengend angesehen wurden, sind durch die Technisierung möglich geworden. Als ungeeignet gelten vor allem Tätigkeiten, wo Organe des Unterleibes beansprucht werden und die Muskulatur der Beine und der Bauchdecken in Tätigkeit sind. Die Arbeit an der Nähmaschine z. B. gehört hierzu. Überstürztes Arbeitstempo und Höchstleistungen schädigen die körperliche Kraft der Frau sehr stark. Sie dürfen von einer Unterleibskranken auf keinen Fall verlangt werden. Die Berufseignungsbeurteilung muß daher ganz besonders vorsichtig gehandhabt werden. Es entscheidet sich hier das zukünftige Wohl und Wehe der Behinderten. Der Arzt muß das durch die Untersuchung gewonnene Bild von der Leistungsfähigkeit in Einklang bringen mit der voraussichtlichen Beanspruchung im zukünftigen Beruf. Ein falscher Ansatz der vorhandenen Kräfte führt neben zu großer und unsachgemäßer Ausnutzung zu beruflichen Fehlleistungen, die schwerste Enttäuschung durch einen notwendigen nochmaligen Wechsel und Mehraufwand an Kosten mit sich bringt. Es ist erforderlich, daß der Arzt auf Grund seines Befundes in seiner Eignungsbeurteilung genau und scharf umrissen die Betätigung angibt, die zur Verhütung schädigender Folgen unter allen Umständen zu vermeiden sind.

Die Wiedereingliederung der Genesenen in das Wirtschaftsleben muß Aufgabe der Wirtschaft selbst, der Berufsverbände und der Arbeitsämter sein. Ein leistungsgehemmter Mensch bedeutet ein gewisses Risiko für den Arbeitgeber. Zweifellos werden mehr Unfälle von diesen Leuten verursacht. Ähnlich wie im Kriegsbeschädigtengesetz sollte daher ein Prozentsatz der Arbeitsplätze mit rehabilitierten Personen besetzt werden müssen oder letztere den Kriegsbeschädigten gleichgestellt werden. Durch Steuerbegünstigungen könnte dabei der Arbeitgeber entschädigt werden. Nach Art der englischen Remploy-Betriebe (s. S. 14) könnten von staatlicher Seite aus Industriebetriebe mit entsprechenden Abteilungen eingerichtet werden, wo geeignete Maschinen als arbeitstherapeutische Mittel benutzt werden.

Die Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen werden beim pflichtversicherten Personenkreis von den einzelnen Versicherungszweigen übernommen. Für die Nichtversicherten wird eine Regelung von seiten des Staates nicht zu erwarten sein. Daß die Tätigkeit der Hausfrau bisher nicht sozialversicherungspflichtig ist, hat seinen formalen Grund darin, daß der Hausfrauenberuf nicht als einkommensbildende Arbeit anerkannt ist. Die Hausfrauen stünden nach der Höhe ihrer Lohnsumme an führender Stelle unter den übrigen Berufszweigen, wollte man ihre Tätigkeit nach den gleichen Lohnsätzen wie die der Hausgehilfin oder Zugehfrau bewerten. Sie müssen aber unter einem vollauf genügenden Versicherungsschutz stehen, wie dies bei den Pflichtversicherten der Fall ist. Bei den Ersatzkassen für Angestellte beträgt das Verhältnis der Frauen zu den Männern bei den Pflichtversicherten 58 % zu 42 %, bei den freiwillig Versicherten aber 25 % zu 75 %. Das bedeutet, daß sich der starke Anteil junger Frauen in den Angestelltenberufen bei den Pflichtversicherten geltend macht. Die einmal erzielte Möglichkeit, die Krankenversicherung bei Ausscheiden aus dem Beruf freiwillig aufrecht zu erhalten, wird anscheinend doch nicht häufig ausgenützt. Die verheiratete Frau sollte dies aber unbedingt tun. Besonders für eine Witwe und für die geschiedene Frau kann eine solche Weiterversicherung große Bedeutung gewinnen. Aber auch die Ehefrau kommt zu manchem Vorteil. Sie ist zwar als Familienangehörige mitversichert, eine „Ehefrau ohne Hauptberuf“ steht aber unter minderen Leistungen.

Die Fürsorgestellen werden ebenfalls belastet. Die deutsche Fürsorge betont mit Recht das Subsidiaritätsprinzip, wonach der Hilfsbedürftige und seine Angehörigen so weit sie können an den Kosten sich beteiligen müssen. Der Betrag darf aber nicht zu hoch sein. Verschiedene Ämter versuchen, aus den Familien höhere Beträge herauszuziehen, als diesen zugemutet werden kann. Ebenso dürfen nicht zu krasse Rückforderungen verlangt werden. Es geht nicht an, daß einer, der eben rehabilitiert ist, in finanzielle Schwierigkeiten gerät. Er ist in einer neuen Umgebung und muß sich dort erst zurechtfinden. Es ist ein angemessener Lebensstandard zu ermöglichen, der nicht durch zu hohe Rückforderungen geschmälert werden darf. Als Rücksicherung für die einzelnen Institutionen wird von verschiedener Seite eine staatliche Hilfskasse gefordert. Diese „Rehabilitationshilfskasse“ soll von allgemeinen Steuermitteln getragen werden und Gelder ausschütten, falls Ausgaben entstehen, die noch nicht gesetzlich festgelegt sind. Weiterhin müssen Berufsgenossenschaften, Arbeitgeber-Arbeitnehmerverbände, Betriebe, Gewerkschaften und private Kreise noch viel mehr für die Probleme der Rehabilitation interessiert werden.

Die Rehabilitation darf als beendet angesehen werden, wenn die soziale, berufliche und gesellschaftliche Eingliederung erreicht, die unabhängige Existenz gesichert und das Wohl der Familie wiederhergestellt worden ist.

Bedeutung der krebskranken Frau für die Gemeinschaft

Die Erhaltung der Arbeitskraft der Frau ist ein großes Anliegen der Wirtschaft. Von Natur aus ist die Frau zwar dazu bestimmt, als Mittelpunkt der Familie für ihre Kinder zu sorgen und der Familie ein Zuhause zu geben; ihr Wirkungsbereich ist in der Regel der Haushalt. Im Zuge der Industrialisierung geht die Entwicklung dahin, daß immer mehr Mädchen und Frauen den Platz der Männer in Fabriken, Betrieben und Büros einnehmen. Die Industrie ist auf die weiblichen Arbeiter — nicht zuletzt deshalb, weil sie billige Arbeitskräfte darstellen — angewiesen. Aber auch die steigenden Lebensansprüche zwingen viele Frauen einer eigenen Erwerbstätigkeit nachzugehen, um die Vorteile einer dem Zivilisationsniveau angepaßten Lebenshaltung zu genießen. So liegt 1955 die Quote der erwerbstätigen Frauen bereits bei 35,7 %, während sie vor der Jahrhundertwende bei etwa 20 %, nach dem 1. Weltkrieg bei 30 % lag. 1950 waren von den 7,9 Millionen weiblicher, im Erwerbsleben stehender Einwohner Westdeutschlands 7,6 % selbständig, 32 % Mithelfende und 60,4 % Arbeitnehmer. Dies gibt zu bedenken, da die berufstätige Frau und Mutter einen doppelten Arbeitstag hat. Die Folge davon ist erhöhte Krankheitsbereitschaft. Auch der Mann steht ständig in den 2 Bereichen Betrieb und Familie. Jedoch für die Frau bedeutet die Zugehörigkeit zu diesen beiden zeitlich und räumlich auseinanderfallenden Lebenskreisen etwas anderes. Für sie liegt hier ein hochgradiges Spannungsverhältnis vor, das nur mit einem hohen Aufwand seelischer, moralischer und physischer Kraft bewältigt werden kann. Frauenarbeit auf Kosten der guten und glücklichen Entwicklung der Kinder bringt auf lange Sicht gesehen keinen Nutzen. Unerläßliche Voraussetzungen für ein ausgeglichenes Leben ist die Sicherheit und Geborgenheit im Kindesalter.

So müßte eigentlich die erste Forderung der Rehabilitation der Frau lauten: Aufgabe der Berufsarbeit, damit die ganze Kraft der Familie gewidmet werden kann. Da dies aber wegen der bestehenden Gegebenheiten sich nicht verwirklichen läßt, ist es unerläßlich, daß Maßnahmen, wie sie im vorigen Abschnitt zur Wiedereinstellung in das Erwerbsleben ausgeführt wurden, für Frauen eingeleitet werden.

Die Leistung der 6 715 000 Hausfrauen ohne Beruf ist volkswirtschaftlich gesehen nicht geringer als die der Berufstätigen. Die Minderung der Leistungskraft wirkt sich unmittelbar auf das Familienleben aus. Die Hausfrau kann nicht, wie dies in gewerblichen Unternehmen möglich ist, ersetzt werden. Sie stellt selbst die wesentliche Arbeitskraft dar. Der Umfang vergleichbarer Invalidität in dieser Gruppe ist nur grob und indirekt zu erfassen. Man muß aber annehmen, daß rund 378 000 „Nur-Hausfrauen“ im Vollerleistungsalter invalide wären, gehörten sie zum versicherungspflichtigen Personenkreis.

In den auf Seite 18 erwähnten Fragebögen wurden die Frauen nach ihrer Tätigkeit gefragt und inwieweit diese ausgeübt werden kann. Es wurde folgendes ermittelt:

	Collum-Ca - Gruppe I	II	III	IV	ges.
ohne Hilfe					
Hausfrauen	41	40	34	2	117
sitzende Tätigkeit u. leichtere Arbeit	11	7	6		24
stehende u. gehende Tätigk. u. schw. Arb.	2	2	5		9
Berufswechsel	3	6	3		12
Berufsaufgabe, jetzt Nur-Hausfrauen	13	11	8		32
mit Hilfe					
Hausfrauen	31	19	26	2	78
sitzende Tätigkeit u. leichtere Arbeit	2	2	1		5
stehende u. gehende Tätigk. u. schw. Arb.	4	1	1		6
Berufswechsel		1	3		4
Berufsaufgabe, jetzt Nur-Hausfrauen	14	13	15	1	43

Vergleicht man die Ergebnisse, so kann man im Großen und Ganzen zwischen den einzelnen Gruppen keine Unterschiede bemerken. Das Verhältnis ist im wesentlichen dasselbe.

Die Altersversorgung sieht folgendermaßen aus:

	Lebensjahre bis 39	40-54	üb. 55	ges.
ohne Hilfe				
Hausfrauen	26	55	36	117
sitzende Tätigkeit u. leichtere Arbeit	8	14	2	24
stehende u. gehende Tätigk. u. schw. Arb.	2	5	2	9
Berufswechsel	5	6	1	12
Berufsaufgabe, jetzt Nur-Hausfrauen	13	18	1	32
mit Hilfe				
Hausfrauen	12	46	20	78
sitzende Tätigkeit u. leichtere Arbeit	2	2	1	5
stehende u. gehende Tätigk. u. schw. Arb.	3	3		6
Berufswechsel		1	3	4
Berufsaufgabe, jetzt Nur-Hausfrauen	3	33	7	43

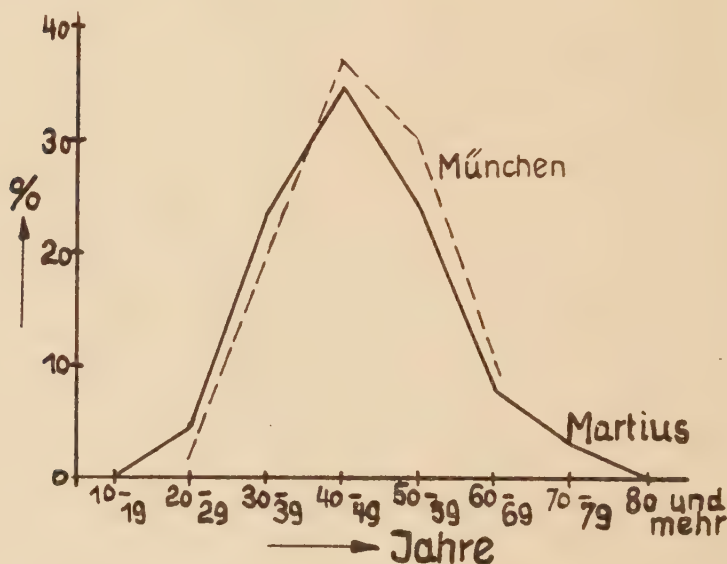
Hier ist bei den Frauen von 40—54 Jahren innerhalb der Hausfrauen ein wesentlich schlechteres Ergebnis zu verzeichnen als bei den jüngeren und älteren Frauen. Bei den in einem Beruf stehenden Frauen ist der Erfolg bei der mittleren Altersgruppe größer.

12 Frauen helfen im Familienhaushalt noch geringfügig mit, 18 sind arbeitsunfähig. Von 360 behandelten und nach 5 Jahren rezidivfreien Frauen üben also 194 (= 54%) ihre Tätigkeit voll und ganz, 136 (= 38%) mit Unterstützung aus. Nur 30 (= 8%) können einer Arbeit nicht ganz nachgehen. Dies an sich schon günstige Ergebnis kann durch wirkungsvolle Rehabilitationsmaßnahmen noch verbessert werden. An Gebärmutterhalskrebs erkrankte Frauen haben also berechtigte Hoffnungen, daß ihre Arbeitskraft weitestgehend erhalten oder gebessert werden kann.

Ist nun eigentlich die Krebserkrankung für das Volksganze und für die Wirtschaftlichkeit eines Landes von Bedeutung? Gegenwärtig wird die Arbeitskraft am meisten durch Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen geschwächt. Krebs und andere bösartige Neubildungen als Todesursache stehen mit 88 076 Todesfällen im Jahre 1954 in der Bundesrepublik an 2. Stelle (18). Von 10 000 der Gesamtbevölkerung sterben somit 17,8 an Krebs. Eine der Wirklichkeit entsprechende Krankenstatistik des Krebses ist nicht vorhanden. Daher müssen wir uns, um Morbiditätszahlen zu erhalten, auf Schätzungen festlegen. Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen dreijährigen Dauer der Krebserkrankung von Beginn der Erkennung bis zum Tode muß man 265 000 und bei Einbeziehung der geheilten oder noch zu heilenden Erkrankungsfälle 300 000 bis 330 000 Krebskranke annehmen. Für die Jahre 1937 bis 1949 errechnete H. Kraatz im Durchschnitt eine jährliche Zahl von 300 000. Nach G. Schubert (aus einer Statistik über Krebshäufigkeit in Hamburg für das Jahr 1952 nach der Lokalisation von 2 030 Krebserkrankungen bei Frauen) ergibt sich, daß zweidrittel aller Karzinome der Frau sich in spezifisch weiblichen Organen (Uterus, Ovarien, Mammae) und eindrittel sich im Collum uteri entwickeln. Da das Verhältnis der Krebsfälle der Männer zu denen der Frauen fast 1:1 ist, muß man in der Bundesrepublik mit einer Zahl von 60 000 an Collum-Ca. erkrankter Frauen rechnen. Ein Prozentsatz von 0,7 Krebskranke und von 0,13 Collum-Ca.-Kranke stellt immerhin innerhalb der sozialen Struktur eines Landes ein Invaliditätsproblem dar, zumal die Frauen fast ausschließlich im Volleistungsalter erkranken.

Müssen wir für die Zukunft mit einer Krebszunahme rechnen? Was die Frauen im Volleistungsalter, die an Gebärmutterhalskrebs erkranken, betrifft, wohl nicht. Stupening weist nach, daß

„nach Berücksichtigung der Altersverschiebung keine eindeutige Zunahme mehr zu erkennen“ ist. Innerhalb der gleichen Altersklasse hat der Krebs nicht zugenommen. Die Altersverteilung beim Gebärmutterhalskrebs ist aus nachstehender Tabelle ersichtlich, die Martius unter Zugrundelegung von 7130 Fällen aufgestellt hat (28). Diese Altersverteilung läßt sich übrigens auch bei den Fällen der I. Universitätsfrauenklinik München der Jahre 1945 bis 1949 feststellen.



Es handelt sich also vorwiegend um Frauen, die auf der Höhe ihres Lebens stehen. Es muß größtes Anliegen der Rehabilitation sein, die Arbeitskraft dieser Frauen für die Volksgemeinschaft und die Familie zu erhalten.

Der Gebärmutterhalskrebs

Um am Beispiel des Gebärmutterhalskrebses darstellen zu können, wie die Rehabilitation vorzunehmen wäre, sind einige Bemerkungen zur Klinik dieser Erkrankung erforderlich.

Jeder Krebsprozeß verläuft im allgemeinen in 2 Etappen. In der „lokalen Phase“ wächst die Geschwulst, wuchert und durchsetzt das Gewebe an seinem Entstehungsherd. In der 2. Etappe, der „generellen Phase“ breitet sich der Krebs aus und generalisiert

sich durch Bildung von Tochtergeschwülsten. Gleichzeitig wirkt er auf den Gesamtzustand des Kranken zurück.

Wo auch der Sitz und wie auch die Art des Krebses sein mag, gleichgültig, ob er an der Oberfläche oder im Innern eines Organes wuchert, ob er noch im Entstehen oder in voller Entwicklung begriffen ist, so wird doch sein Krankheitsbild sich durch eine Reihe von charakteristischen Merkmalen zu erkennen geben. Eine Aussicht auf Heilung mit den uns heute gebotenen Mitteln und Methoden besteht vorzüglich dann, wenn der Krebs in einem Stadium erkannt wird, wo er sich noch als örtliche Krankheit manifestiert.

Beim Gebärmutterhalskrebs, dem Collum-Ca. haben die Frauen zuerst wenig oder gar keine Beschwerden. Erst wenn dieser Krebs, der als eine örtlich eng umschriebene Gewebsveränderung zunächst vom Plattenepithel der Portio vaginalis ausgeht, geschwürig wird, wenn es zu unregelmäßigen Blutungen aus der Scheide und blutigem Ausfluß kommt, kommen die Frauen zum Arzt zur Behandlung.

Für die Behandlung des Collum-Ca. stehen die Operationen und vor allem die Bestrahlung zur Verfügung. Als Operationsmethoden kommen die Wertheim'sche und Schauta'sche Operation in Betracht. Die Strahlentherapie läßt in Zukunft sogar noch bessere Heilungsergebnisse erwarten. Letztere wird in einer Kombination von Röntgen- und Radiumbestrahlung durchgeführt.

Ohne entsprechende Behandlung greift der Krebs weiter um sich, dehnt sich an der Oberfläche aus oder frißt sich weiter in die Tiefe. Aber noch immer können die subjektiven Symptome gering sein. Zwei Kennzeichen fehlen jedoch selten: Neigung, bei der geringsten Berührung zu bluten und die oft sehr lang währende Schmerzlosigkeit. Das Collum-Ca. breitet sich auf das Scheidengewölbe aus und auf weitere Partien der Scheide, durchwuchert die Gebärmutter- und Scheidenwand und geht auf das parametranne und paravaginale Gewebe über. Blase und Rectum werden schließlich erfaßt und nun erfolgt auch ein Wachstum in und durch die Wand dieser Nachbarorgane. Die krazinomatösen Infiltrate umwuchern den Ureter, die großen Beckengefäße und den nervus ischiadicus. Ein symptomreiches Stadium ist damit erreicht und die Hoffnung auf vollständige Heilung besteht kaum mehr.

Zeichnet sich das Anfangsstadium in den meisten Fällen durch Schmerzlosigkeit aus, so haben wir in den späteren Stadien oft ins Unerträgliche sich steigernde Schmerzen in der Hüfte, im Kreuz und im Bein. Bei noch verhältnismäßig gutem Allgemeinbefinden treten diese Erscheinungen durch Druck auf die peripheren Nerven

oder durch den Einbruch der Tumorzellen in die Nerven selbst auf. Eine Neuritis kann durch die Toxine entstehen. — Häufig kommt es infolge der Zusammenpressung der Harnleiter zu Stauungen im Nierenbecken und zur sekundären Infektion der Harnwege. Der Tod tritt durch eine septische Pyelitis oder Pyelonephritis oder, wenn die Ureteren beiderseits völlig verschlossen werden, an einer Harnvergiftung des Organismus — Urämie — ein. — Durch Arrosionsblutungen tritt im Verlauf oder in der Endphase des Krebsprozesses das Bild der Anaemie mit seinen Folgeerscheinungen für den gesamten Organismus hervor. Eine Verschiebung des weißen Blutbildes ist erkennbar.

Durch Stoffwechselprodukte, die das Krebsgewebe an den Organismus abgibt, erfolgt eine Vergiftung des krebserkrankten Organismus. Schon bei Geschwülsten, die noch nicht unmittelbar lebenswichtige Organe zerstören, sind oft Kräftezerfall, Störung der Blutbildung und dergleichen als Zeichen der allgemeinen Intoxikation zu erkennen. Diese Art Krebsvergiftung wird noch beschleunigt, sobald zu den Stoffwechselprodukten der lebenden Krebszelle selbst noch Giftstoffe aus dem Gewebszerfall von schnell absterbenden Krebsgeschwülsten hinzukommen. Noch schwerwiegender wirken sich die toxischen Schäden durch eine bakterielle Infektion der Krebsgeschwulst aus. Viele Krebsgeschwülste neigen zu geschwürigem Zerfall, so daß hinzutretende bakterielle Infektionen keinen Abwehrkräften des Organismus begegnen und die allgemeine Intoxikation noch steigern.

Die Bösartigkeit des Krebses kommt in der Metastasierung und Neigung zu Rezidiven zum Ausdruck. Vom Primärherd aus werden durch Zellverschleppung Tochtergeschwülste — Metastasen — gebildet und rufen dort sekundär Schaden hervor. Besonders in einem wenig widerstandsfähigen Organismus erklären sich, wenigstens zum Teil, die Schädigungen wichtiger Organe, wie z. B. beim Collum-Ca. vornehmlich Leber, Lunge, Bronchien, Gehirn und Knochen. Nach erfolgter Heilung treten in vielen Fällen Rezidive — Wiederauftreten der bösartigen Geschwulst — durch zurückgebliebene Krebszellen an derselben Stelle auf.

In der Endphase wird das Krankheitsbild beherrscht durch die Schädigung lebenswichtiger Organe. Die Entwicklung des Krebses führt zu tiefgreifenden Auswirkungen auf den Allgemeinzustand der Patienten. Diese sogenannte Kachexie äußert sich als ein weitgehender Kräftezerfall, der von einer fortschreitenden Schwächung aller Körperfunktionen und einem allgemeinen Versagen des Organismus begleitet ist, als direkte Folge der Krebserkrankung. Es ist das eigenartige Bild fast aller Krebskranken, welches sich sofort im Gesamtausdruck verrät und dessen Einzelkomponenten

sich aus der Abmagerung, dem Kräftezerfall, der fahlen und blassen Gesichtsfarbe und dem Nachlassen des Turgors der Gewebe zusammengesetzt.

Die Entwicklungsdauer ist wie bei allen Krebsarten auch beim Collum-Ca. sehr verschieden. Martius gibt die Dauer vom ersten bemerkten Symptom bis zum Tode im Durchschnitt mit 2—3 Jahren an, falls die Frau nicht behandelt wurde. Runge berichtet über Fälle, mit unwahrscheinlich kurzer Anamnese „trotzdem ist der Tumor bei der ersten ärztlichen Untersuchung schon inoperabel“. In anderen Fällen gehen die Angaben Monate und Jahre zurück; dabei handelte es sich oft um ein operables Karzinom der Gruppe I.

Genaue Angaben über die Heilungsziffern bei Collum-Ca. liegen von allen großen Instituten vor. Am Strahleninstitut der I. Universitäts-Frauenklinik München wurden z.B. 1947 527 Collum-Ca. Kranke behandelt. Nach 5 Jahren waren 246, d. s. 46,3 % subjektiv und klinisch krankheitsfrei. Zum Beweis, daß die allgemeine Ernährungslage an der Heilungstendenz eine Rolle spielt, seien die Jahre 1945 und 1948 miteinander verglichen:

Behandlungsfälle:	348 (1945)	472 (1948)
nach 5 Jahren krankheitsfrei:	131 = 37,6 %	239 = 50,2 %

Das Jahr 1948 stand wieder im Zeichen normaler, allgemeiner Verhältnisse, die Heilungsziffern erreichen wieder die früheren Bestleistungen.

Rehabilitation in Form der Heilung und der allgemeinen Nachsorge

Die an sich schon guten Heilungsaussichten beim Collum-Ca. zeigen, daß Frauen, die an diesem Leiden erkrankt sind, nicht verzweifeln dürfen. Collum-Ca. bedeutet nicht mehr wie früher schon von vorneherein, Arbeitsunfähigkeit, Krankenlager und Tod. Die Rehabilitation wird im Erkrankungsfall durch medizinische Maßnahmen eingeleitet. Die Standardmethoden der Krebsbehandlung, Operation, Bestrahlung oder die Kombination beider, werden in Zukunft wohl immer beibehalten werden. An vielen Kliniken wird die Bestrahlung des Collum-Ca. der Radikalooperation vorgezogen. Die Bestrahlung ist vielfach zur Methode der Wahl geworden, da das Collum-Ca. sehr gut auf Röntgen- und Radiumstrahlen anspricht. Bei dieser Behandlung werden jedoch sehr häufig Intoxikationserscheinungen („Röntgenkater“) beobachtet. Es gibt aber eine Reihe gut wirksamer Präparate, die diese

unangenehmen Nebenerscheinungen in den meisten Fällen nehmen können.

Großartige Hoffnung in der Behandlung bösartiger Geschwülste wurde in den Nachkriegsjahren auf die Hormone gesetzt. Aber nur beim Prostata-Ca. wurden eindeutige Erfolge durch eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung erzielt. Durch entsprechendes — paradoxes — Angehen der Genitalkarzinome der Frau — also mit männlichen Hormonen — wurde kein Zurückgehen dieser Tumoren beobachtet. Lediglich durch hohe Dosierung (z. B. Testoviron-Depot) kann bei inkurablem Zustand versucht werden, den Allgemeinzustand zu heben, da sich dadurch der Appetit bessert, Gewichtszunahme einstellt und vor allem eine euphorische Stimmungslage geschaffen werden kann.

Es scheint auch, daß die weiblichen Sexualhormone einen günstigen Einfluß auf den Allgemeinzustand der krebserkrankten Frau haben. Beobachtungen zeigen, daß durch eine Oestrogenbehandlung (bis zu 500 mg in tgl. Gaben von 10 mg) der Eintritt der Kachexie verzögert und das Allgemeinbefinden der Patientin gebessert werden kann.

Wie dieser Effekt der Sexualhormone zustande kommt, ist noch nicht aufgeklärt. Als unterstützende, allerdings kostspielige Maßnahme in der Krebsbekämpfung scheint die Hormontherapie jedoch hilfreich zu sein. Zu bedenken gibt allerdings, daß Hormone in hoher Dosierung als kanzerogener Faktor angesehen werden müssen.

Bei manchen bösartigen Erkrankungen, wie z. B. Morbus Hodgkin, ist die Chemotherapie zum Mittel der Wahl geworden. Die Erfolge auf diesem Gebiet erweckten auch bei der Heilung des Karzinoms Hoffnungen, die sich aber bis jetzt noch nicht erfüllt haben. Die Lostpräparate wie Sinalost oder Dichloren, aber auch das Triaethylenmelamin (TEM) haben karzinolytische Wirkung, wie im Tierexperiment erwiesen wurde. Wenn überhaupt, wurde beim Menschen in der klinischen Behandlung aber nur vorübergehende, subjektive Besserungen erzielt. Oft zwingen Nebenerscheinungen wie Venenschmerzen, Thrombophlebitiden, negative Beeinflussung des hämopoetischen Systems zur Absetzung des Präparates. Trimethylolmelamin, das unter dem Namen Cealysin zur Injektion und zur ambulanten Behandlung in Form von darmlöslichen Kapseln als spezifisch wirkendes synthetisches Cytostatikum zur Verfügung steht, scheint besser verträglich und geringerer toxischer Natur zu sein. Es übt keinen depressorischen Effekt auf die proliferierenden Organsysteme aus, die körpereigenen Abwehrkräfte werden nicht reduziert. Die Verwendung dieses Präparates in Kombination mit männlichen Sexualhormonen und

Vitamin A und C ist wohl angezeigt bei inoperablem Collum-Ca. — sofern die Kostenfrage keine Rolle spielt. Es kann dadurch vielleicht doch eine gewisse Besserung erzielt werden.

Daneben spielt aber die sog. „Interne Therapie des Karzinoms“, die in den letzten Jahren immer mehr in den Vordergrund getreten ist, eine Rolle. Ihr Ziel ist es „durch Beeinflussung der das Krebswachstum bestimmenden Faktoren die Ausbreitung eines Geschwulstleidens zu hemmen, im Idealfall einen Stillstand des Krebswachstums herbeizuführen“ (J. Kretz). Damit ist keine auf die Krebszelle unmittelbar wirkende Behandlung gemeint, es soll vielmehr durch eine allgemeine Therapie der Gesamtorganismus beeinflusst werden und die Normalisierung seiner Funktionen erreicht werden. Die das Krebswachstum bestimmenden Faktoren sind noch nicht genügend bekannt. Doch ist wahrscheinlich, daß der Stoffwechsel, der Hormonhaushalt und die mesenchymale Reaktionslage Eigentümlichkeiten entstehen lassen können, die das Krebswachstum beeinflussen.

Dem Praktiker stehen nur Methoden zur Verfügung, die sich ohne große Umstände durchführen lassen. Folgende 4 Punkte kommen in Betracht:

1. Krankhafte Stoffwechselstörungen und die Anhäufung von Stoffwechselschlacken zu verhindern, kann durch eine sog. „Krebsfeindliche Diät“ (Kretz) erreicht werden. Dieser Ausdruck ist jedoch nicht glücklich gewählt, da er falsche Hoffnung erweckt. Man stellt sich die Wirkung so vor, daß der Organismus von zusätzlicher Stoffwechselarbeit entlastet wird. Der Organismus gewinne dadurch Abwehrkräfte, die er gegen das Krebswachstum einsetzen könne. Die Ernährung des Krebskranken soll nach dieser Theorie kalorisch ausreichend, aber nicht überreichlich sein. Zu reduzieren sind cholesterinreiche, tierische Fette, Kohlehydrate, Zucker und tierisches Eiweiß. Zeitweilige Fastenkuren (weniger Saft- als vielmehr Morgenfasten) und zwischengeschaltete Rohkosttage werden empfohlen. Die Nahrung soll vitaminreich sein; am geeignetsten sind die Vitamine in ihrer natürlichen Form (Obst, Rohkost).
2. Sehr umstritten ist das Bestehen und die Bedeutung einer Dysbakterie im Darm. Nach Nissle besteht sie bei allen Krebskranken. Er hält es für notwendig, entweder gesunde Colibakterienstämme zuzuführen (Colifer u.ä.) oder das Darmbakterienmilieu so zu beeinflussen, daß optimale Wachstumsbedingungen für die normalen Colibakterien entstehen (Milchsäurebakterien, Hylak u.ä.).
3. Dyseptische Störungen, die nach einer Strahlenbehandlung fast immer auftreten, aber auch schon vor der Behandlung nicht

selten sind, lassen sich durch Verabreichung von Fermentpräparaten ausgleichen. Bei vielen Krebskranken soll Vitaminmangel bestehen. Besonders Vitamin A, B und C würden oral nicht genügend ausgewertet und müßten parenteral verabreicht werden. Weiterhin wird als wichtig angegeben, Vitamin D und F zuzuführen, ebenso Stoffe, die für die Leberschutzfunktion von Bedeutung sind.

4. Das mesenchymale Gewebe ist als Gegengewebe von Bedeutung. Ihm wird eine Abwehrfunktion zugeschrieben. Diese soll gesteigert werden, indem durch sog. „Umstimmungsmaßnahmen“ das Mesenchym aktiviert wird (sog. Mesenchymaktivierende Therapie). Die „krebsfeindliche Diät“ soll angeblich bereits in diesem Sinne wirken, ebenso die Therapie mit künstlichem Fieber. Es wurden Mittel entwickelt, die weniger akute Reaktionen in dieser Richtung hervorrufen. Es sind Organextrakte, die aus Leber und Milz, also mesenchymreiche Organe, junger Schafe und Schafembryonen hergestellt werden. In diese Gruppe gehören der Faktor „AF 2“ (Institut Guarnieri, Rom) und das Mesacton (Akrosan, München). Nach der Behandlung mit diesen Präparaten zeigen sich manchmal subjektive Erleichterungen, die Schmerzen lassen zum Teil nach. Bei Rezidivkranken war hier und da eine Bindegewebsauflockerung und ein verlangsamter Verlauf festzustellen. Der Strahlenkater ließ sich beeinflussen, Appetit und Gewicht nahmen zu. Tumorrückbildung ist aber nicht beobachtet worden. Die sog. Mesenchymaktivatoren stellen eine Zusatztherapie mit noch umstrittener Bedeutung dar.

Zum Ausschluß von Rezidiven müssen die Kranken dauernd in ärztlicher Überwachung stehen. Die Nachuntersuchungen werden am besten von dem Krankenhaus vorgenommen, wo die Kranken behandelt wurden. Für weiter entfernt Wohnende kann auch ein Gynaekologe dafür in Betracht kommen, der zu diesem Zwecke mit der entsprechenden Klinik in Kontakt stehen muß. Die säugenden Patienten müssen schriftlich aufgefordert werden, die Nachuntersuchung vornehmen zu lassen. Daneben ist die seelische und allgemeine Behandlung sehr wichtig. Beim Auftreten von Schmerzen darf mit Analgetica nicht gespart werden und sogar vor Opiaten — allerdings erst in der Endphase bei erfolgloser Behandlung — darf nicht zurückgeschreckt werden.

Zur Durchführung der internen Behandlung bedarf es einer gewissen Disziplin von seiten der Kranken, eine feste Führung von seiten des Arztes. Es ist daher eine Erleichterung für beide Teile, wenn sich die Kranken im Anschluß an die Behandlung in einem Sanatorium aufhalten können. Sie besorgen dort neben der Erholung und Genesung die Zubereitung einer geeigneten Kost-

form. Es wäre angebracht, allen Frauen einen Sanatoriumsaufenthalt von mindestens 2 Monaten nach der Behandlung zu ermöglichen. Schon in den dreißiger Jahren beabsichtigten Doederlein und Voltz mit Hilfe der Rockefeller-Stiftung Krebs-sanatorien zu errichten. Dieser Plan konnte damals nicht ausgeführt werden. In letzter Zeit nahm auf Anregung von H. Martius die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung des Landes Niedersachsen die Ermöglichung von Genesungskuren für krebshandelte Frauen im Anschluß an die Behandlung in Angriff. Aus den von Kirchhoff bekannt gegebenen Beobachtungen wird ersichtlich, daß bei Operationen oder Strahlenbehandlung geschwulstkranker Frauen die Dauererfolge bei sozial besser Gestellten durchschnittlich 25 % höher liegen als bei sozial schlechter Gestellten. Diese Beobachtungen stimmen mit denen anderer Kliniken überein.

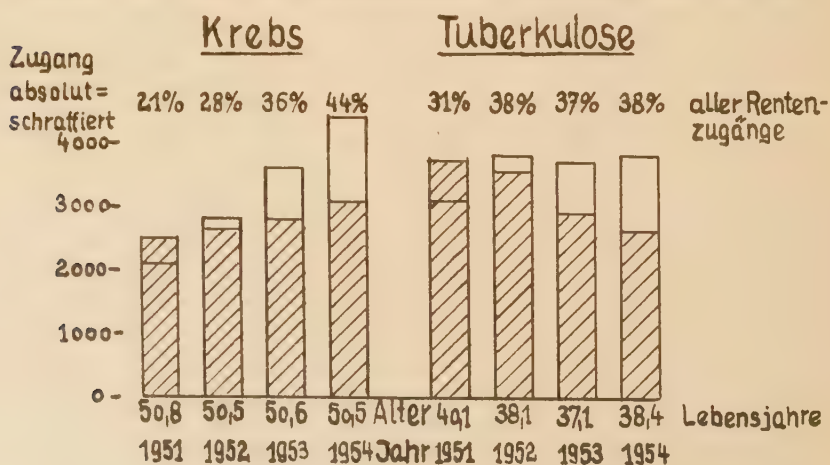
Seit Juli 1954 werden in Niedersachsen Genesungskuren für krebshandelte Frauen durchgeführt. Diese sollen sich sofort an die klinische Behandlung anschließen. Die Frauen dürfen nicht bettlägerig sein und müssen am Gemeinschaftsleben teilnehmen. Die Erfolge der 480 durchgeführten Kuren von Juli 1954 bis Ende 1955 können als gut bezeichnet werden. Nach 4-wöchigem Aufenthalt kehrten die Frauen im allgemeinen frisch, seelisch gelockert und gut gekräftigt nach Hause zurück.

Es sind Anfangserfolge zu verzeichnen, wohl dadurch, daß die Heime nicht Krankenhauscharakter besitzen, durch das Gemeinschaftsleben die Erholungszeit aufgelockert werden kann, die Frauen ihre Sorgen und Beschwerden vergessen und ihr Lebensmut gestärkt wird.

Von den 360 durch Fragebogen angeschriebenen Frauen waren nur 16 nach der Bestrahlung in einem Erholungsheim o. dgl. 10 Frauen von diesen können jetzt ihre Tätigkeit ohne Hilfe allein ausüben, 5 Frauen sind auf fremde Hilfe angewiesen und 1 ist vollständig arbeitsunfähig. Kostenträger waren Caritasverband, Müttergenesungswerk, evangelisches Hilfswerk, Arbeiterwohlfahrt, Rotes Kreuz, Studentenwerk, VdK, LVA, Krankenkasse, Fürsorgeverband oder die Patientin selbst. In den meisten Fällen wurden die Kosten von 2 dieser Institutionen gemeinsam getragen.

Für Hausfrauen und Mütter muß darüber hinaus für Entlastung im Haushalt gesorgt werden. Offizielle und private Einrichtungen zur Haushaltshilfe bei Erkrankung der Mutter müssen darauf abzielen, die Familie zu erhalten und Störungen, die durch die Krankheit gegeben sind, hintanzuhalten. Die freie Wohlfahrtspflege hilft hier durch die Familienhilfe, häusliche Krankenpflege, Beratung usw. Die Anstrengungen sind noch zu gering, sie müssen gesteigert werden, vor allem durch finanzielle Unterstützung.

Die allgemeine Nachsorge der krebskranken Frau muß überwacht werden von der dafür bestimmten Person. Die Tätigkeit der Fürsorgerin wurde auf S. 17 schon umrissen. Ein weiteres Aufgabengebiet für diese wäre, eine auf eine gewisse Zeit beschränkte Invalidisierung zu bearbeiten. Eine solche wirkt sich günstig aus, denn die Frau kann sich erholen, ohne in einer finanziellen Notlage zu sein. In einzelnen Ländern wird sogar grundsätzlich für jeden an einem Krebsleiden Operierten oder mit Strahlen behandelten Kranken eine 1—2 jährige Invalidisierung anerkannt. Bei uns dürften sich folgende Grundsätze als günstig erweisen, einer wegen Collum-Ca. bestrahlten Frau durch eine zeitweise Invalidisierung die Arbeitskraft zu erhalten: eine Collum-Ca.-Kranke der Gruppe I sollte bei gutem Befinden nach 8—12 Wochen leichte Arbeit wieder aufnehmen können. In vielen Fällen müßte aber eine Invalidität von 1 Jahr, höchstens 2 Jahren anerkannt werden. Für Frauen der Gruppe II gelten ähnliche Gesichtspunkte. Arbeiten sollten diese Kranken aber in der Regel nicht vor Ablauf eines Jahres. Für Kranke der Gruppe III sollte eine Invalidität von 2½—3 Jahren bestehen. Die Wiederaufnahme der Arbeit darf bei guten Fällen schon nach 2 Jahren gestattet werden. Bei Gruppe IV muß in der Regel Dauerinvalidität angenommen werden. In den wenigen geheilten Fällen könnte die Invalidität nach 3—5 Jahren aufgehoben werden. Die Beurteilung ist individuell zu treffen. Zu berücksichtigen sind die jeweiligen personellen Verhältnisse und die körperlich-seelische Belastung durch das umgebende Milieu. Falls es der Befund verlangt, ist die Invalidität auch über längere Zeitspannen auszudehnen. Nach dem Rentenversicherungsgesetz vom 1. 1. 1955 werden während der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen Übergangsgelder gewährt.



Die Zahlen in der Rentenzugangsstatisik stiegen in den letzten Jahren für Krebs dauernd an, besonders was den prozentualen Anteil, bezogen auf alle Rentenzugänge, betrifft. Das Durchschnittsalter bei Rentenbeginn ist sehr hoch, was in der Natur der Erkrankung liegt. Zum Vergleich seien die entsprechenden Zahlen bei Tuberkulose der Atmungsorgane angegeben (18) (s. S. 32).

Eine Statistik allein über Collum-Karzinome würde wohl günstiger ausfallen. Bestimmt könnte aber der Rentenzugang bei Krebs durch sinnvolle Rehabilitationsmaßnahmen vermindert werden. Bei den durch Fragebogen angeschriebenen Collum-Karzinomkranken ergibt sich folgendes Bild:

Von den 319 noch nicht 60 Jahre alten Frauen waren, bzw. sind 135 pflichtversichert. Die restliche Zahl setzt sich aus Selbständigen und Hausfrauen zusammen, für die kein Anspruch besteht.

Invalidisierungsanträge wurden gestellt:	92
davon wurden abgelehnt:	9
Einstufung mit 100 %:	17
Teilinvalidisierung:	25
ohne genauen Angaben:	41
Invalidisierung wurde aufgehoben bei	20
herabgesetzt bei:	8

Collum-Ca. Gruppe	Zahl der Pflichtvers.	Invalidis. wegen Collum-Ca.	Jetzt noch Invalidität	Durchschnittl Bestehen der Invalidität	Jetzt im Arbeitsprozess
I:	50	34	24	6,3 Jahre	26
II:	38	16	11	4,7 Jahre	27
III:	45	32	27	4,8 Jahre	18
IV:	2	1	1		1
gesamt:	135	83	63	5,5 Jahre	72

Das Ergebnis ist sozialpolitisch nicht ganz befriedigend. Obwohl wir heute in der Lage sind, Frauen mit Collum-Ca. in 50–60 % der Fälle rezidivfrei zu halten, schalten sich nur 53 % der Rezidivfreien wieder in den Arbeitsprozeß ein. In normalen, ruhigen Zeiten dürfte das Ergebnis besser sein. Auch könnte nach genauer Überprüfung der Erwerbsminderung wohl bei der Mehrzahl der Frauen die Invalidität jetzt wieder aufgehoben, bzw. herabgesetzt werden.

Die Invalidisierung bestand bei den 20 Frauen 2–8 Jahre lang, im Mittel $5\frac{1}{2}$ Jahre. In 12 Fällen bestand schon vor der Unterleibserkrankung wegen einer anderen Krankheit Invalidität, so daß wegen des Collum-Ca. kein neuer Antrag gestellt wurde. 19 Frauen erhalten eine Witwenrente, 11 werden vom Lastenausgleichsgesetz oder Bundesversorgungsgesetz betroffen.

Die bestrahlten Frauen nahmen allgemein alsbald ihre Tätigkeit, insbesondere die Hausfrauentätigkeit wieder auf. Jedoch überwerten wohl manche Frauen die Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit, wenn es um das Erwerbsleben geht.

Rehabilitation in Form der Vorsorge und Früherkennung

In Schweden wurde schon vor 45 Jahren begonnen, eine wirk-same Krebsbekämpfung zu betreiben. Dieses Land wurde bahnbrechend auf dem Gebiet der Krebsfrüherkennung, -frühbehandlung und -aufklärung. In Oesterreich werden seit 1950 an den Gesundheitsämtern Gesundenenuntersuchungen durchgeführt. Durch Vorträge und sonstige Werbemittel (Zeitungen, Flugblätter, Anschläge) werden die Leute aufgefordert, sich den Vorsichtsuntersuchungen zu unterziehen. In Deutschland laufen in Nordrhein-Westfalen seit 1948 Vorsichtsuntersuchungen auf gynäkologischem Gebiet, Krebsberatungsstellen sind eingerichtet und Aufklärungsaktionen im Gange. In Schleswig-Holstein wird an der Frauenklinik Rendsburg seit 1952 Krebsberatung betrieben. Es werden gute Ergebnisse berichtet. Bei den Gesundenenuntersuchungen wurden von den Verschiedenen Stellen festgestellt, daß zwischen 1,2 % und 1,7 % der untersuchten Frauen Karzinome, am häufigsten Collum-Karzinome haben, die auch zu zwei Drittel geheilt werden konnten. Viele dieser Frauen wären bestimmt über kurz oder lang in einen inoperablen Zustand gekommen.

Im ersten Augenblick erscheint es ein Unding, von Prophylaxe der malignen Tumoren zu reden. Denn um eine Krankheit nicht entstehen zu lassen, muß deren Ursache ausgeschlossen werden. Wo kanzerogene Stoffe mitspielen, wie z.B. beim Bronchial- und Berufskrebs können diese ausgeschaltet werden. Sind aber bei der Entstehung des Collum-Karzinoms kanzerogene Stoffe mitbeteiligt? Vom Smegma wird dies von verschiedener Seite behauptet, da Nonnen und Jüdinnen kaum vom Collum-Ca. befallen sind. So steht dieser Krebs also mit dem Sexualleben in engem Zusammenhang. Neben einer allgemeinen sexuellen Hygiene der Frau kommt daher auch der Hygiene des Mannes im Eheleben eine große prophylaktische Bedeutung zu. Wichtiger erscheint aber in diesem Zusammenhang die Behandlung, bzw. Beseitigung von fakultativen canzerogenen Gewebsveränderungen. Als solche gelten entzündliche Veränderungen an der Portio und Cervix (Erosionen, Endometritiden) und Cervixpolypen. Die Veränderungen sind genau so wie der Krebs selbst einer kunstgerechten Behandlung zuzuführen und unter Kontrolle zu halten.

Bei geringstem Verdacht auf Krebs ist eine Probecurette durchzuführen. Gerade bei Polypen ist eine Abrasio uteri notwendig.

In der Früherkennung ist dem vorbeugenden Schaffen des Arztes eine verantwortungsvolle Aufgabe gestellt. Wie wichtig diese ist, wird daraus klar, daß die relative Heilungsziffer bei Collum-Ca. für Gruppe I bei 80 %, für Gruppe II bei 68 %, für Gruppe III aber bei 40 % und für Gruppe IV nur bei 5 % liegt. Der Arzt muß genaue Kenntnisse über kanzerogene Faktoren, Vorkommen, Verbreitung, Sitz und vor allem der Frühsymptome des Karzinoms haben. Alter und andere Umstände sind wertvoll für die Folgerung, welche Patientinnen durch eine bestimmte Tumorart gefährdet sind. So können dann routinemäßige Untersuchungen das Karzinom oder die Vorkrankheiten bestätigen oder ausschließen. Vielfach werden Zervicitiden und Geburtsverletzungen an der Zervix für das Entstehen eines Karzinoms verantwortlich gemacht. Sollte sich dieser Verdacht bestätigen, so müßten diese, wie auch Erosionen und andere Veränderungen der Portio verschorft, konisiert oder durch plastische Operationen beseitigt werden. Bei jeder Frau sollten wenigstens ab dem 30. Lebensjahr 1—2 x jährlich Kontrolluntersuchungen auf individueller Basis durchgeführt werden. Sich diesen Untersuchungen zu unterziehen, wird aber den meisten Frauen schwerfallen, wenn sie auch dazu bereit wären und den Sinn und Zweck derselben einsehen. Daher ist der Hausarzt, zu dem ja die Frau in einem Vertrauensverhältnis steht, die einzige richtige Stelle, die beratend die Frau auf die Wichtigkeit dieser Kontrolluntersuchungen hinweist und die Angst davor nehmen kann. Krebsberatungsstellen dürften sicher nicht die Wirksamkeit haben, wie sie der praktische Arzt mit gutem Zureden entfaltet. Die Untersuchungen selbst sollen dann in der hausärztlichen Sprechstunde oder beim Facharzt oder in der Frauenklinik — falls der Praktiker nicht die Möglichkeit hat oder nicht gynäkologisch untersuchen will — stattfinden. Neben einer Allgemeinuntersuchung und der Bestimmung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit ist vor allem eine bimanuelle Untersuchung und eine gynäkologische Spiegeluntersuchung, möglichst auch Kolposkopie und Zelluntersuchung anzuwenden.

Daneben ist aber von den Ärzten zu fordern, jeden Ausfluß, jede Blutung in der Menopause und jede Unregelmäßigkeit der Menstrualblutung nicht als unbedeutsam abzutun, sondern vielmehr durch eine genaue Untersuchung der Ursache nachzugehen. Zur Klärung, bzw. zum Ausschluß eines Karzinoms ist die Vulva genau zu inspizieren, Vagina und Portio mit Hilfe des Spekulum und anschließend bimanuell zu untersuchen. Bei Ca.-verdächtigen Portioerosionen sind die Schiller'sche Jodprobe und Chrobak'sche

Sondenprobe oder Kolposkopie anzuwenden. Konnte eine Ursache der Blutung oder des Ausflusses nicht eruiert werden, ist es notwendig, eine Probecurettage oder eine Biopsie der Portio vorzunehmen und das gewonnene Material histologisch untersuchen zu lassen. Ist der Praktiker nicht erfahren genug oder besteht der kleinste Zweifel an der Diagnose, so ist unbedingt der Facharzt zu Rate zu ziehen. Dieser hat heutzutage die nötige Erfahrung in der Deutung des kolposkopischen Bildes, so daß viele Probeexzisionen der Patientin erspart bleiben. Eine weitere, allerdings nicht 100 prozentige Methode zur Diagnose eines Collum-Karzinoms ist die Zytodiagnostik des Vaginalsmears nach Papanicolaou. Die Entnahme des Materials ist sehr einfach, jedoch gehört zur Deutung des Befundes größte Erfahrung, so daß nur langjährige geschulte Spezialisten diese Aufgabe übernehmen sollen.

Die prophylaktischen Maßnahmen können einstweilen bei der Mentalität unserer Bevölkerung nur durch eine finanzielle Unterstützung der öffentlichen Hand anlaufen. Der niedrige Regelbetrag, den die Krankenkassen vergüten, reicht nicht aus, um diese Leistungen, die so wichtig für eine Früherkennung einer bösartigen Erkrankung sind, zusätzlich in der Klinik oder Sprechstunde zu übernehmen. Zudem sind die Krankenkassen auch gar nicht verpflichtet, die Kosten für die Untersuchung einer gesunden Frau zu übernehmen.

Da jedoch von seiten mancher Ärzte viele Fehler aus mangelnder Kenntnis begangen werden, muß während des medizinischen Studiums eindringlichst auf die Frühsymptome des Karzinoms hingewiesen werden und im Examen auf die Kenntnis dieser Zeichen großer Wert gelegt werden. Den praktizierenden Ärzten sind in Fortbildungskursen und in Rundschreiben der Wert und die Möglichkeit einer Früherfassung vor Augen zu stellen. Die Schulung der Ärzte muß darauf ausgerichtet sein, das Gewissen in Richtung einer strengen Gesundheitsführung zu schärfen.

Von der Allgemeinheit wird dem Grundsatz: „Vorbeugen ist besser denn heilen“ aus Gedankenlosigkeit, Bequemlichkeit oder gänzlich abwegiger Einstellung sehr oft entgegengehandelt. Die Gesundheit als höchstes Gut des Einzelnen, der Familie und des Volksganzen muß jedoch unter allen Umständen erhalten bleiben. Durch allgemeine Aufklärung muß diese Auffassung Allgemeingut des Publikums werden. Öffentliche Vorträge über die Krebserkrankung bergen die Gefahr in sich, daß ein Großteil der Frauen in eine Krebsangst verfällt, wenn der Vortragende nicht taktisch geschickt vorgeht. Erfolgreich erscheinen Vorträge im Rahmen der Volkshochschule, da dort ansprechbares Publikum erwartet werden kann, in weiblichen Fachschulen, Hebammen-

kursen und im Roten Kreuz. Die Frauen jedoch, die gegenüber ihrer Gesundheit eine beängstigende Gleichgültigkeit an den Tag legen, können schlecht dazu bewogen werden, solche Vorträge zu besuchen. So scheint eine Aufklärung in kleinem Kreise viel nützlicher zu sein. Dem praktischen Arzt fällt hier wieder eine wichtige Aufgabe zu, die er ohne großen Zeitaufwand nebenbei erledigen kann. In Form der Hauspropaganda soll er die Frauen in individueller Art und Weise aufklären und ermuntern, sich in gewissen Zeitabständen gynäkologisch untersuchen zu lassen und bei Auftreten von Ausfluß und Blutungsanomalien den Arzt aufzusuchen. Auch vor Krebsangst muß er die Frauen befreien, was durch Beispiele an Hand der Heilungszahlen möglich ist. Zeitungen und Illustrierte mit ihrer bekannt unsachgemäßen Darstellung dürfen nicht zur Krebsaufklärung herangezogen werden. Anschläge oder aufliegende Broschüren im ärztlichen Wartezimmer und in Gesundheitsämtern dürften noch einigermaßen nützlich sein. Wichtig ist noch eine Aufklärung darüber, daß „Krebsheilmittel“, die leider allzuoft von Scharlatanen angepriesen werden, absolut fehl am Platze sind. Nur allein die sachgemäße Behandlung durch den Arzt lassen eine Heilung möglich werden.

Weiterhin muß ein Mittel gefunden werden, das die Gleichgültigkeit verhindern kann. Dieses Mittel besteht in der Vergütung von Gesundheitsprämien. Die Prämien müßten vom Staat, bzw. den Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften all denen zugesprochen werden, die sich regelmäßigen Untersuchungen unterzogen haben und dadurch der Entstehung oder Verschlimmerung einer Krankheit Einhalt geboten haben. Auszubezahlen sind die Prämien ab einem gewissen Alter, am besten im Zuge der Altersinvalidisierung. Sie sollen auf die Erben übertragbar sein, um dieser Einrichtung mehr Nachdruck zu verleihen.

So kann in Zusammenarbeit von Publikum, Arzt und Gesundheitsbehörde viel getan werden, die Früherkennung eines bösartigen Prozesses zu ermöglichen. Je früher ein Krebs erfaßt wird, umso besser sind die Aussichten auf vollständige Heilung und Erhaltung der Arbeitskraft.

Zusammenfassung

Einführend wurde die Bedeutung der Erhaltung der Arbeitskraft erörtert. Die Notwendigkeit, Rehabilitation durchzuführen, ist in der heutigen technisierten Welt gegeben. Die Entwicklung derselben nahm einen raschen Aufschwung.

Rehabilitationsmaßnahmen werden im Rahmen der bisherigen Sozialversicherungsordnung bereits durchgeführt (ärztliche Hilfe,

Renten auf Zeit, Heilverfahren, Umschulung, Erholungsaufenthalte). Im Rahmen des neuen Rentenversicherungsgesetzes wurden Rehabilitationsmaßnahmen berücksichtigt. Es wäre zu wünschen, daß auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung so viel getan würde, wie bei der Tuberkulosebekämpfung. Auch im Ausland ist das Problem der Rehabilitation erkannt und in Angriff genommen. Gerade bei Frauen mit Collum-Karzinom lassen sich sicher sehr gute Ergebnisse erzielen.

Zur Rehabilitation der krebskranken Frau ist eine straffe Führung notwendig unter Mithilfe einer Fürsorgerin. Umschulung ist erfolgversprechend, Wiederverwendung in der Industrie möglich. Die Erhaltung der Arbeitskraft der Hausfrau ist besonders zu beachten. Rehabilitation der krebskranken Frau ist volkswirtschaftlich notwendig, da die Frau einerseits aus dem Berufsleben nicht mehr wegzudenken ist, andererseits im Haushalt unentbehrlich ist.

Der Gebärmutterhalskrebs ist eine Erkrankung, bei der es sich lohnt, Rehabilitation zu betreiben. Dabei ist neben den bestehenden therapeutischen Maßnahmen die Nachsorge erfolgversprechend. Die zusätzliche interne Therapie des Krebses und der Aufenthalt in einem Sanatorium müssen durchgeführt werden. Bei allen Fällen ist Invalidisierung auf Zeit notwendig, um die volle Arbeitskraft wieder zu erlangen.

Der Gebärmutterhalskrebs stellt nur einen kleinen Abschnitt aus den Erkrankungen der Frau dar. Die Art und Weise der Rehabilitationsmaßnahmen auf diesem Gebiet läßt sich aber ohne weiteres auf andere Erkrankungen der Frau und auf einen großen Teil der übrigen Krebsarten anwenden.

Dem Referenten:

Herrn Professor Dr. JULIUS RIES danke ich für die Überlassung des Themas und für seine Hinweise.

Dem Korreferenten:

Herrn Professor Dr. WERNER BICKENBACH danke ich für seine Begutachtung meiner Doktorarbeit.

IV. LITERATURHINWEIS

1. Achinger, H.: Zur Neuordnung der sozialen Hilfe, Stuttgart 1954.
2. Achinger, Hoffner, Muthesius, Neundorfer: Neuordnungen der sozialen Leistungen, Köln 1955.
3. Akrosan: Firmenprospekt zu Mes-Acton, München.
4. Annual Report of the Results of Treatment in Carcinoma of the Uterus, Stockholm 1955.
5. Ausländische Sozialprobleme. Frankfurt/M. 6 (1956), Folge 4, S. 47—58.
6. Bauer, K. H.: Das Krebsproblem, Berlin 1949.
7. Bayer. Cyren-Therapie, Leverkusen.
8. Berghoff, E. und Gerfeldt, E.: Taschenbuch der prophylaktischen Medizin, Ulm 1955.
9. Briefs, P. J.: Rehabilitation, Caritas, Freiburg 57 (1956), 2, S. 38—49.
10. Das Deutsche Müttergenesungswerk (Elly Heuss-Knapp Stiftung, Bonn). Rechenschaftsbericht 1955.
11. Der Neue Herder, Freiburg 1951.
12. Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten. BR-Drucks. Nr. 196/56.
13. Eymer, H. und Ries, J.: Strahlentherapie 95 (1954), 3, S. 367—369.
14. Französischer Beitrag zur VIII. Internationalen Konferenz des Sozialwesens in München vom 5.—10. August 1956. Comité Français de Service Social et d'Action Sociale.
15. Fuhrmann, M.: Die Arbeitsberaterin in der französischen Industrie. Mensch und Arbeit, Heidelberg (1952), 2, S. 46.
16. Genève: Beiträge zur Berufseignungskunde, Leipzig 1941.
17. Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 20. 10. 1941 und vom 18. 7. 1953 nach dem Stand vom 1. 1. 1954.
18. Gesundheitsstatistischer Bericht der Bundesrepublik Deutschland 1954, Wiesbaden 1956.

19. Heitan, H.: Das Mikrokolorbild des Blutes als Kriterium der Chemotherapie des Krebses. *Medizin heute*. Hannover 6 (1957), 5, S. 222—225.
20. Industrialisierung und Sozialarbeit: Bericht des Österreichischen Komitees für Sozialarbeit zur VIII. Tagung der Internationalen Konferenz für Sozialarbeit in München (5. — 10. August 1956).
21. Internationale Studientagung über Rehabilitation von Körperbehinderten, Caritas, Freiburg 57 (1956), 2, S. 54—58.
22. Jaschke, R. Th.: Die Prophylaxe auf dem Gebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie, Stuttgart 1939.
23. Junghans, E. und Först, H.: Krebsberatungsstelle und Prophylaxe des Collumkarzinoms. *Der Krebsarzt*. Wien 11 (1956), 3, S. 143—152.
24. Kellner, H.: Ein Arzt erlebt die Industrie, Stuttgart 1949.
25. Keese, W. H.: Die öffentliche Fürsorge, Stuttgart 1951.
26. Kenneth, W. H.: Counseling the Handicaped in the Rehabilitation Process, New-York 1950.
27. Kölsch: Lehrbuch der Arbeitshygiene, Stuttgart 1947.
28. Martius, H.: Lehrbuch der Gynäkologie, Stuttgart 1956.
29. Pohlen, K.: Gesundheitsstatistisches Auskunftsbuch für das Deutsche Reich, Berlin 1936.
30. Prenzel, F.: Genesungsfürsorge für geschwulstkranke Frauen in Niedersachsen, Gesundheitsfürsorge — Gesundheitspolitik, Stuttgart 6 (1956), 1, S. 22—23.
31. Ries, J. und Blasiu, A. P.: Zur internen Behandlung der Krebskranken durch den praktischen Arzt, *Medizin. Monatsschrift*, Stuttgart (1955), 1, S. 6—10.
32. Roussy, G.: Der Krebs, Zürich 1943.
33. Schütterle, G.: Übersicht über die Erfahrungen der chemotherapeutischen Behandlung maligner Prozesse mit „Cealysin“, *Fortschritte der Medizin*, Würzburg 75 (1957), 3, S. 77.
34. Soden, W. H.: Rehabilitation of the Handicapped, New-York 1949.
35. Soziale Gesichtspunkte der Wiedereingliederung Körperbehinderter. Bericht der Arbeitsgruppe I bei der VIII. Internationalen Konferenz des Sozialwesens in München vom 5.—10. August 1956.

36. Süddeutsche Zeitung, München 12 (1956), 194, S. 7; 207, S. 7; 229, S. 1; 264, S. 18; 276, S. 46; 13 (1957), 13, S. 2, 15, S. 1 und 2; 16, S. 1 und 2; 19, S. 1 und 2; 20, S. 1 und 2; 35, S. 35.
37. Trüb, C. L. P. und Posch, J.: Statistische Erhebung über Morbiditätszahlen nichtkrebsiger gynäkologischer Erkrankungen durch Frauen-Krebsberatungsstellen. Der Krebsarzt, Wien 10 (1955), 3, S. 149—157.

V. LEBENS LAUF

Geboren am 3. März 1930 zu Vöhringen/Iller (Bayern) als 5. Kind des praktischen Arztes Dr. Martin Schrode und seiner Ehefrau Elisabeth, besuchte ich von 1936 bis 1940 die Volksschule in Vöhringen. Von 1940 bis 1945 war ich an den Gymnasien Augsburg und Kempten, nach dem Kriege am Gymnasium Ulm/Donau, wo ich am 24. VI. 1950 nach der 9. Klasse das Abitur ablegte. Im November 1950 immatrikulierte ich mich an der Ludwig-Maximiliansuniversität in München und bestand dort nach dem 5. Semester am 19. II. 1953 die ärztliche Vorprüfung. Anschließend studierte ich 3 Semester Medizin an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen. Nach weiteren 3 Semestern an der Ludwig-Maximiliansuniversität in München legte ich am 4. VI. 1956 die ärztliche Prüfung ab. Vom 1. VIII. 1956 bis 31. VIII. 1957 betätigte ich mich als Medizinalassistent an der inneren Abteilung des Krankenhauses des III. Ordens (Nymphenburg) in München. Vom 1. IX. 1957 bis 31. VII. 1958 leistete ich am Kreiskrankenhaus Krumbach/Schwaben die gynäkologisch-geburtshilfliche und chirurgische Medizinalassistentenzeit ab. Ich verehelichte mich am 9. April 1958 mit Fräulein Ruth Sattler. Seit 1. VIII. 1958 bin ich an der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Weißenhorn/Schwaben als Assistenz-Arzt tätig.

